UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 12

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE L'EMPLOI DU TUBE DE PAUL DANS L'ANUS ARTIFICIEL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Décembre 1909

PAR

L. LAVABRE

Né à Cuxac-d'Aude (Aude), le 27 mars 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
BOSC, Professeur
JEANBRAU, Agrégé
RICHE, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Qaai du Verdanson

1909

DE L'EMPLOI DU

TUBE DE PAUL

DANS L'ANUS ARTIFICIEL

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 12

DE L'EMPLOI DU

TUBE DE PAUL

DANS L'ANUS ARTIFICIEL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Décembre 1909

ACAD. LYONNAISE BIBL.

PAR

L. LAVABRE

Né à Cuxac-d'Aude (Aude), le 27 mars 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
BOSC, Professeur
JEANBRAU, Agrégé
RICHE, Agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✲). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✲)
Cliniquemédicale		CARRIEU.
Cliniquedes maladies mentales et nerv.		MAIRET (✲).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✲).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.		VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.* | JEANBRAU, *agrégé.*
BOSC, *professeur.* | RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de mon profond amour et de mon éternelle reconnaissance.

A MON FRÈRE

Hommage affectueux de son meilleur ami.

A MES PARENTS

L. LAVABRE.

A MES AMIS

L. LAVABRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

L. LAVABRE.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES

DES HOPITAUX DE NICE

L. LAVABRE.

Au moment de publier ce modéste travail, nous ne pouvons manquer à l'agréable devoir d'exprimer notre gratitude envers tous ceux qui, par leurs conseils ou leur appui moral, nous ont aidé à parfaire notre éducation professionnelle.

Que notre excellent père et notre mère si bonne nous permettent de leur dédier cette thèse, faible témoignage de notre reconnaissance pour leur dévouement et leurs soins de tous les instants.

Que tous nos parents et plus particulièrement ceux auprès desquels nous avons toujours vécu, qui n'ont cessé de nous prodiguer et leur affection et leurs conseils, acceptent en retour l'hommage de ce travail et soient assurés de notre entière gratitude.

Les quelques rares amis dont les affinités du cœur et de la pensée formèrent les premiers liens entre nous me permettront de dire ici la sincérité à leur égard de ce sentiment qui se ressent et ne s'exprime jamais. Leur nom serait de trop.

Nous adressons à nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux et de Montpellier l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance dont ils ont toujours fait preuve à notre égard.

M. le Professeur Sabrazès nous permettra de lui réserver

une large place dans ce juste tribut de reconnaissance. Nous avons eu l'honneur d'être son externe pendant deux années (1905-1906) et il a eu pour nous et pour notre famille une bienveillance et une bonté que nous n'oublierons jamais ; il fut toujours pour nous un maître et un ami. Nous le prions de vouloir bien recevoir l'assurance de notre reconnaissance la plus vive et de notre profond dévouement.

Nous avons eu également l'honneur d'être interne des Hôpitaux de Nice (1908-1909). Nous avons eu là des Maîtres qui nous ont accueilli avec bienveillance et qui nous ont fait profiter de leur science et de leur expérience. Tous, nous les assurons de notre vive gratitude et les prions de recevoir nos remerciements sincères respectueux.

Nous tenons à témoigner notre gratitude particulièrement à M. le professeur Forgue qui a bien voulu nous confier la rédaction de ce modeste travail et accepter de présider notre jury de thèse, ainsi que MM. les Professeurs et Professeurs agrégés qui seront nos juges en cette occurrence.

Nous ne saurions trop remercier ici M. le docteur Massabuau qui nous a toujours accueilli avec tant d'amabilité et a bien voulu nous aider de ses précieux conseils. Qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance et de notre sincère amitié.

Nous tenons également à remercier très sincèrement M. le professeur Bosc pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

DE L'EMPLOI DU

TUBE DE PAUL

DANS L'ANUS ARTIFICIEL

DIVISION

L'entérostomie et l'anus contre nature figurent au nombre des opérations que tout médecin doit savoir faire et qu'il est, en conscience, obligé d'exécuter (Lejars).

Il faut au plus vite donner issue au contenu de l'intestin sans aucun risque de contamination du péritoine.

L'objet de ce modeste travail est de montrer comment, par un procédé très simple, le résultat recherché peut être atteint sans aucun retard habituel.

Partant de cette idée : qu'il est possible de faire un anus artificiel en un seul temps, sans contamination de la plaie, par l'emploi du tube de Paul, nous diviserons notre travail comme il suit :

I. — Principales indications de l'entérostomie et de l'anus artificiel.

II. — Conditions idéales que doit remplir un anus artificiel.

III. — Procédés employés.

IV. — Critique de ces procédés.

V. — Technique du procédé de l'anus artificiel avec l'emploi du tube de Paul :

Historique ;

Description ;

Mise en place ;

Fonctionnement ;

Avantages ;

Inconvénients ;

Modification apportée à ce tube.

VI. — Observations.

VII. — Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

PRINCIPALES INDICATIONS DE L'ANUS ARTIFICIEL

On peut être amené à créer un anus contre nature dans trois circonstances principales :

1° Il y a occlusion intestinale. — La cause de l'occlusion ne peut être diagnostiquée d'une façon précise. Ou bien le malade, déjà affaibli et intoxiqué, n'est pas en état de supporter une opération un peu prolongée ; sans perdre son temps à vouloir d'emblée lever l'obstacle au cours des matières, on doit avant tout supprimer l'occlusion en faisant une entérostomie.

Cette entérostomie doit être faite le plus loin possible de l'estomac, et pour cela Nélaton recommandait de faire une incision parallèle à l'arcade crurale droite, d'attirer au dehors la première anse distendue et de la fixer dans la plaie par une suture. Aujourd'hui le principe reste le même, mais on place l'incision un peu plus haut, et un peu moins oblique, on fait un anus cœcal.

Si l'obstacle siège sur le grêle, il va sans dire que c'est sur l'intestin grêle que se fera l'anus contre nature, mais toujours dans la fosse iliaque droite.

2° Il n'y a pas d'occlusion intestinale, ou du moins, le malade présente des symptômes d'occlusion chronique

incomplète, liée par exemple à un cancer du rectum, inopérable ou difficilement opérable. Dans le premier cas l'entérostomie est une opération palliative définitive, dans le deuxième l'anus peut n'être que le premier temps d'une opération radicale. Dans ces deux cas on fait rarement un anus cœcal. Si l'on ne fait pas en un temps l'extirpation de l'anse sténosée avec suture des bouts sus et sous-jacents, on établit un anus contre nature temporaire ; c'est là le premier temps des procédés de Wolkmann, de Reclus, de Paul.

L'anus est alors médian, sous-ombilical, ou sus-pubien, ou latéral dans la région iliaque gauche, exceptionnellement sus-ombilical dans les cas de cancer du côlon transverse.

3° Une troisième indication de l'entérostomie a été précisée par Robert B., Greenough, M. D., Boston dans le *Boston Medical and surgical Journal*, dans un article original *Enterostomy in Peritonitis*, dont voici résumés les points indiqués :

L'obstruction de l'intestin dans la péritonite généralisée résulte d'un ensemble de causes.

La plus importante est due à l'arrêt du péristaltisme.

Cet arrêt du péristaltisme est dû à l'inhibition, à la paralysie toxique et à une paralysie de distension.

Les causes mécaniques telles que l'infiltration de l'intestin et de légères adhérences dans certains cas, contribuent à occasionner cette paralysie.

L'obstruction purement mécanique résultant d'adhérences, est le résultat de péritonites chroniques ou locales datant d'au moins quelques jours.

L'entérostomie est indiquée avec d'autres interventions opératoires dans les formes les plus graves de péritonites diffuses.

Le grand avantage de l'entérostomie est le drainage des gaz et des matières en décomposition dans l'intestin.

Au moyen de l'entérostomie le chirurgien agit directement sur l'intestin pour le lavage et pour l'introduction de stimulants, et de nourritures et de « cathartiques ».

Pour débarrasser son malade de l'arrêt de péristaltisme, l'entérostomie primaire est préférable à la secondaire.

L'emploi du tube de Mixter permet de pratiquer à souhait l'entérostomie.

Le cœcum est le point d'élection de l'intestin pour une entérostomie primaire et le point à éviter est le jéjunum.

Par la pratique systématique de l'entérostomie dans les formes graves de péritonites diffuses, le nombre des malades qui meurent à partir du deuxième, troisième, quatrième jour est réduit.

Les symptômes de péristaltisme visible et de douleur spasmodique dans les cas d'obstruction intestinale, indiquent que la cause de l'obstruction est mécanique.

La persistance de ces symptômes qui résistent aux lavements et aux cathartiques est une indication pour intervenir chirurgicalement.

Dans ces cas on devrait remédier à la cause de l'obstruction par une intervention chirurgicale si possible.

Dans les cas où l'obstruction est déjà avancée, l'entérostomie de l'anse intestinale le plus près au-dessus de l'obstruction doit être faite.

CHAPITRE II

CONDITIONS IDEALES QUE DOIT REMPLIR UN ANUS ARTIFICIEL

Ces conditions sont au nombre de trois :

1° L'ouverture de l'intestin doit pouvoir être faite immédiatement.

2° L'ouverture de l'intestin doit être suffisante pour permettre l'issue des matières et des gaz contenus dans l'intestin.

3° Les matières fécales ne doivent pas souiller la plaie.

I. Que l'on soit amené à pratiquer l'anus artificiel dans la fosse iliaque droite ou en un point variable de l'intestin, il y a toujours intérêt à pouvoir ouvrir immédiatement. En effet, par un anus artificiel en un temps on pare aux accidents immédiats d'occlusion ; il faut prévenir avant tout la stercorémie, l'enrayer : c'est elle qui tue en s'aggravant très rapidement. Cette intoxication qui « s'accumule » d'heure en heure se traduit très vite par des indices spéciaux. Il faut ouvrir l'intestin au plus vite et ne pas remettre cette opération au lendemain

S'agit il d'un anus artificiel pour un cancer du rectum d'après Lejars, deux cas sont à considérer :

« Si la situation ne paraît pas trop pressante et qu'il

n'y ait pas d'urgence absolue à donner tout de suite issue au contenu intestinal, le procédé en deux temps est appliqué, donnant aux adhérences le temps de se former.

» Cette nécessité de l'ouverture plus ou moins retardée de l'intestin est de nature à restreindre notablement les applications de ce procédé en deux temps à la chirurgie d'urgence. »

D'ordinaire quand l'obstruction est complète et la stercorémie menaçante, il faut ouvrir une voie immédiate aux matières stercorales accumulées et le procédé en un temps est employé.

Avec le tube de Paul « la nécessité de l'ouverture plus ou moins retardée de l'intestin » n'existe plus. En effet, on n'ouvre pas l'intestin pour ne pas infecter la plaie et le péritoine ; or, avec le tube de Paul, l'infection de la plaie ne peut avoir lieu.

D'ailleurs, quand les matières ne passent plus au niveau de la région ulcérée (ce qui est le but du premier temps), le malade ne souffre plus, ou éprouve un grand soulagement ; il s'alimente, mais son intestin reste toujours rempli de matières où d'autres matières viennent s'accumuler ; on assiste en quelque sorte peu à peu à l'obstruction de l'intestin déjà obstrué ; la stercorémie est toujours menaçante et on peut penser à la possibilité et peut-être à la nécessité d'une ouverture plus tôt qu'on ne l'aurait voulu, avant que les adhérences aient eu le temps de s'établir au niveau de la plaie ; on a perdu un temps précieux et le malade se trouve dans de plus mauvaises conditions.

2° L'ouverture de l'intestin devra être suffisante pour permettre l'issue des matières.

Dans l'anus temporaire l'orifice est étroit, il siège sur le point opposé à l'insertion du mésentère. Abandonné à

lui-même cet anus tend à se fermer, car le mésentère tire sur la bouche, dont les lèvres viennent au contact et se soudent. Mais il faut des mois pour que l'anus se ferme et pendant ce temps, le chirurgien a le loisir de lever la cause de l'occlusion.

On devra se garder de faire trop large un anus contre nature ; ces dimensions exagérées ne sont nullement nécessaires au drainage régulier des matières et elles exposent aux accidents ultérieurs de prolapsus.

Dans presque tous les cas, cette ouverture de l'intestin au-dessus du cancer suffit pour assurer l'évacuation de son contenu.

Il faut toutefois penser à la possibilité d'une obstruction de l'intestin par de véritables stercoromes (Hartmann, Chirurgie de l'intestin). Malgré l'ouverture large, il ne sort que peu de chose ou même rien ; l'obstruction continue. Ces stercoromes, que l'on ne rencontre guère que dans les cas où la tumeur occupe la partie terminale du côlon, ont été particulièrement mentionnés par Quénu, qui en a observé plusieurs cas suivis de mort malgré l'établissement d'un anus artificiel.

« Ils ont la forme de boules ou se présentent en masses allongées, remplissant même quelquefois, comme par une seule coulée, tout le gros intestin. On comprend qu'alors l'anus artificiel même large, même combiné au curage de la partie accessible de l'intestin avec le doigt ou la curette puisse être insuffisant. Il faut, en pareils cas, avant de refermer le ventre, malaxer à travers la paroi intestinale son contenu et le pousser vers l'ouverture artificielle. »

3° Les matières ne doivent pas souiller la plaie.

Il faut éviter au moins pendant les premiers moments la contamination de la plaie par le contenu septique de

l'intestin. Le liquide stercoral, qui stagne depuis un temps variable « en vase clos » dans l'intestin étranglé ou obturé, devient tout particulièrement septique et irritant ; il crée de véritables ulcérations des bords de l'orifice, et, si l'affrontement muco-cutané n'a pas été suffisamment exact, si l'on n'a pas soin de couvrir de vaseline les lèvres et le pourtour de la plaie, ces ulcérations peuvent gagner en profondeur jusqu'au péritoine (Lejars).

Cette observation est capitale puisque c'est pour éviter d'une façon certaine la production d'une péritonite que l'on fait l'anus artificiel en deux temps.

L'opération inguinale en un temps est sans doute plus facile à faire que l'opération lombaire, mais elle offre un danger que l'autre n'a pas ; c'est la décharge des matières fécales baignant la plaie directement en communication avec la cavité péritonéale.

Cela est tellement vrai que Harrisson, Crips, Allingham, conseillent d'attendre pour ouvrir l'intestin que les adhérences soient formées entre la peau et l'intestin. (A method of performing inguinal colotomy by F. T. Paul. — *British medical Journal*). Chacun a sa méthode spéciale pour opérer, mais chacun cherche à ouvrir le plus tôt possible l'intestin sans aucun risque de contamination du péritoine.

Le tube de Paul introduit dans l'intestin joue le même rôle que le tuyau d'égout dans l'habitation ; il collecte les immondices et les évacue au dehors sans souiller les parties environnantes.

CHAPITRE III

PROCÉDÉS EMPLOYÉS

En présence d'une tumeur néoplasique située dans le rectum deux méthodes au XVIII[e] siècle furent pratiquées: la laparotomie et l'entérotomie.

Au XIX[e] siècle les deux méthodes furent tour à tour préconisées. Charpentier, Ferrier, Terrier en 1789 penchaient pour la laparotomie ; l'opération est plus facile, disaient-ils, on voit mieux ce que l'on fait car l'incision est plus large ; les résultats sont aussi bons.

Dans l'autre camp, se trouvait Nélaton qui, lui, posa en 1845 les indications de l'intervention et du manuel opératoire.

Mais de nombreux insuccès dus à l'infection péritonéale décourageaient les chirurgiens.

Calissen pratiqua l'incision par voie lombaire sans en fixer nettement les règles ; la péritonite n'était plus à craindre, d'où vogue de ce procédé pendant quelque temps.

Mais l'antisepsie ouvrit une voie nouvelle à la chirurgie et l'on n'eut plus à craindre des complications infectieuses surtout péritonéales. On pratiqua un grand nombre de procédés.

Cette multiplicité tient au souci des chirurgiens de

créer un anus artificiel qui puisse donner avec le minimum de difficultés opératoires la plus grande somme de résultats tant au point de vue anatomique que fonctionnel.

Ce n'est pas tout, il doit défier tout reproche pour les complications ultérieures de la Chirurgie intestinale.

Ces divers procédés ont été étudiés dans certains traités et surtout dans celui de Chalot et la thèse de Demard.

On peut classer ces différentes interventions en deux catégories : les procédés en un temps et les procédés en deux temps.

A la première catégorie appartiennent les procédés de Nélaton, Verneuil et Maurice Pollosson, ce dernier exposé dans la thèse de Laguaite (Lyon 1884).

A la seconde catégorie les procédés de Maydl, Reclus, Schwartz, Audry, Frank, Desguin, Roux (de Lausanne), de Gangolphe. En 1902, Moulin décrivit dans sa thèse un procédé d'anus contre nature établi au moyen de la pince entérotribe du Dr Siraud.

Les principales différences qui les caractérisent, c'est que l'ouverture de l'intestin se fait pendant l'opération dans le premier groupe, tandis que l'on fixe, dans le deuxième, l'intestin à la paroi abdominale et on ne l'ouvre que les jours suivants, à des intervalles variables, suivant les procédés.

Nous en ferons rapidement l'étude et la critique pour en arriver à l'étude de l'emploi du tube de Paul.

A. Procédés en un Temps (1)

Procédé de Nélaton. — 1° Dans un premier temps, Nélaton incise la paroi abdominale sur une longueur de 7 centimètres à gauche, parallèlement à l'arcade crurale, à 3 centimètres au dessus. Il divise la peau, le plan aponévrotico-musculaire et le péritoine, de façon à former un entonnoir de 4 centimètres en bas ;

Il attire avec une pince une anse intestinale, la première qui se présente;

3° Il fixe l'anse dans la plaie abdominale, en faisant une couronne de 15 à 20 points de suture ;

4° Il ponctionne l'intestin au milieu avec la pointe du bistouri, en faisant une ouverture de 1 centimètre.

Procédé de Verneuil. — 1° Incision de la paroi abdominale comme dans le procédé de Nélaton, en partant du tiers externe de l'arcade de Fallope et se dirigeant sur l'ombilic ;

2° Découverte et attraction de l'intestin au dehors.

On saisit l'S iliaque et passe une aiguille au dessous du mésentère ;

3° Fixation de l'intestin au moyen de 15 points de suture environ. Ouverture de l'intestin avec le thermocautère. Il se forme un éperon aux dépens de la partie mésentérique restante ; les deux bouts *a*) stomacal et *b*) rectal ont une tendance à se placer comme les deux canons d'un double fusil.

---

(1) V. Chalot, Traité de Médecine opératoire.

Procédé de Pollosson. — Le Dr Laguaite, dans sa thèse (1884), décrit le procédé de M. le Professeur Pollosson.

1° Incision de la paroi abdominale suivant le conseil de Littre ;

2° Attraction de l'intestin ;

3° Section complète, obturation du bout inférieur après invagination ; le bout rectal retombe dans l'intestin ;

4° Le bout supérieur est fixé dans l'angle de la plaie. Tous les jours on fait des lavages dans le bout inférieur par voie rectale.

B. Procédés en deux Temps.

Procédé de Maydl. — 1° Incision classique de Littre ;

2° Attraction de l'S iliaque. L'anse est tirée au dehors. Maydl passe une sonde en caoutchouc durci dans le mésentère dont l'ouverture a été faite préalablement avec une pince. De cette façon l'intestin est solidement fixé et n'a pas de tendance à tomber. La sonde elle-même est fixée par des bandelettes de gaze iodoformée, imprégnées de collodion iodoformé ;

3° Suture des deux bouts de l'intestin aux lèvres de la plaie, de façon qu'ils soient accolés comme les canons d'un fusil à deux coups ;

4° Si des phénomènes d'occlusion se manifestent peu après l'opération, Maydl fait une légère ouverture vers le quatrième jour. Sinon, vers le 14e jour, il ouvre largement au thermocautère dans le tiers de son calibre et perpendiculairement à son grand axe. Il place dans chaque bout un gros drain et procède au lavage qui demande quelquefois, pour être complet, plusieurs jours.

Procédé de Reclus. — Il place une sonde en caoutchouc durci simplement aseptisée. Il ne pratique pas de sutures. Il incise au sixième jour largement dans le sens longitudinal avec le thermocautère. Pas de lavage, pas de drainage.

Procédé de Schwartz. — Ayant observé que le procédé de Reclus pouvait s'accompagner du rétrécissement du nouvel anus, Schwartz sectionne l'intestin transversalement au thermocautère jusqu'au contact de la sonde. Celle-ci tombe d'elle-même. Cette section est faite le 7e ou 8e jour.

Procédé d'Audry. — Incision de la forme suivante. Le volet cutanéo-aponévrotique est passé à travers le mésentère et suturé du côté opposé. Ouverture de l'anse faite suivant les circonstances quelques heures ou quelques jours après.

Procédé Frank. — Il a essayé de former un sphincter à l'anus au moyen du droit.

Procédé Desguin. — Incision de la paroi abdominale, aussi petite que possible.

L'anse intestinale est herniée. Le méso-côlon est perforé à son insertion avec une sonde cannelée servant de conducteur à une aiguille armée d'un fil. L'intestin est à cheval sur un fil de soie qu'il noue et qu'il serre jusqu'à ce que l'on voie le tube bien pris dans la double boutonnière. Un point de suture en haut, un autre en bas, comprenant les deux lèvres de la plaie et la couche séro-musculaire intestinale complètent la fixation.

Procédé de Roux (de Lausanne) [1]. — Mlle Von Mayer, dans la *Revue médicale de la Suisse romande* de janvier 1898, rapporte plusieurs cas d'anus symphysien à titre définitif ou temporaire en cas de cancer du rectum. Voici la technique de Roux :

1° Incision médiane de 5 à 10 centimètres dans la région sus-pubienne. Sans désinsérer les muscles droits il taille une encoche en U à 2 centimètres au moins de la symphyse. Il ouvre le péritoine.

2° Attraction d'une anse iliaque ; elle est appliquée verticalement dans l'U, de façon que le bout stomacal occupe les 4/5 supérieurs, tandis que le bout rectal, aplati et sans fonctions, occupe le dernier cinquième.

Cette anse est maintenue par une sonde passée sous le mésentère à son insertion à l'intestin.

3° Deux couronnes de sutures sont appliquées, l'une en bas pour l'os, l'autre en haut pour les muscles. On referme le reste de l'incision par une suture étagée.

4° Au bout de 48 heures on ouvre l'intestin.

Procédé de Gangolphe (2). — 1° Incision classique de Littre sur le bord gauche de l'abdomen, au niveau présumé de l'S iliaque. On divise la peau, tissu cellulaire, couche aponévrotico-musculaire, fascia transversalis jusqu'au péritoine, sur une étendue de 6 à 8 centimètres.

2° Recherche de l'S iliaque.

3° Une anse de 6 à 8 centimètres environ est ensuite attirée au dehors.

Avec une pince hémostatique on perfore le méso-côlon

---

(1) Thèse de Demard.

(2) Thèse de Maillefert, Lyon, 1901.

à 3 ou 4 millimètres de son insertion ; on saisit ensuite un gros fil de soie plié en double que l'on passe à travers le méso-côlon.

4° On sectionne le milieu du fil. On entrecroise en chaîne les deux chefs de ce fil et on les lie chacun de leur côté, l'un à droite, l'autre à gauche, aussi fortement que possible, de manière à étrangler une anse au moins de 5 centimètres. Les fils seront longs.

5° On ferme la cavité péritonéale en faisant une collerette de sutures à la soie fine, qui adosse la séreuse pariétale à la séreuse intestinale ; de cette façon, on n'est pas exposé au retrait ultérieur de l'intestin. On fait ensuite un plan de sutures péritonéales, pour réduire l'étendue de l'incision à l'espace nécessaire pour l'anus ; un second plan pour les muscles ; enfin, quelques fils métalliques pour la suture de la peau.

L'anse herniée est ensuite entourée d'une bandelette de gaze iodoformée et couverte d'un pansement à plat.

Le deuxième temps comprend l'ouverture et l'ablation de l'anse sphacélée, au bout de 48 heures. On ouvre l'anse avec le thermocautère, on donne un coup de ciseau sur chaque ligature et on enlève les fils. On voit alors s'écouler généralement un liquide brunâtre.

Procédé du Dr Siraud (1). — La colostomie iliaque par le procédé de la pince entérotribe du docteur Siraud, s'effectue en un ou deux temps.

La colostomie iliaque est pratiquée suivant les règles classiques : fixation de l'intestin à la paroi par des sutures séro-séreuses (péritoine pariétal et viscéral) ; écrasement

(1) Thèse de Moulin, Lyon, 1902.

de la portion d'intestin, ainsi fixée au moyen de la pince entérotribe et ouverture immédiate de l'intestin s'il y a nécessité.

Le deuxième temps n'existe que dans les cas les plus fréquents où après écrasement on laisse l'intestin se sphacéler et on attend l'établissement spontané de l'anus.

Les matières s'évacuent très bien et, en raison de la section cunéiforme de l'intestin par la pince, elles ne passent jamais dans le bout inférieur.

CHAPITRE IV

CRITIQUE DE CES PROCÉDÉS

Deux mots résument toute la critique de ces procédés : l'infection et l'occlusion.

A. Procédés en un temps

C'est pour les opérations d'urgence que l'on peut recourir aux procédés en un temps. Il faut ouvrir vite et largement l'intestin pour éviter les phénomènes d'occlusion. Mais, nous l'avons déjà dit, pour agir promptement et laisser libre cours aux matières, on n'a pas le temps de laisser se former des adhérences ; aussi voit-on bien souvent se produire les accidents d'infection et de péritonite.

Le but de notre travail étant de montrer simplement comment par un procédé en un temps on évite l'infection, nous laisserons de côté la critique de ces procédés au point de vue mécanique et nous étudierons les accidents d'ordre infectieux qui peuvent survenir dans les procédés en un temps tels que nous les avons décrits.

A. *Erythèmes et ulcérations.* — Autour de l'anus contre nature la peau est presque toujours atteinte d'érythème causé par le contact prolongé des matières intestinales ; assez souvent ces phénomènes d'irritation s'étendent suffisamment pour donner lieu à une véritable complication.

Sous l'influence de la diarrhée, des soins de propreté insuffisants, et surtout des pansements humides antiseptiques, la peau située au pourtour de l'anus prend une couleur rouge vif ; son épiderme se détache par places ; de petites ulcérations se développent, s'élargissent peu à peu donnant à toute cette région l'aspect d'une plaie bourgeonnante et suintante. Les matières se répandant constamment sur elles produisent des sensations de brûlures fort pénibles pour le malade.

B. *Erysipèle.* — Complication extrêmement rare aujourd'hui, était assez fréquemment observé à l'époque pré-aseptique. Il se développait à la faveur des ulcérations précédemment décrites et insuffisamment pansées et surtout à la suite des contacts septiques.

C. *Phlegmon stercoral* (1). — Il peut se produire quand l'anus contre nature existe déjà depuis longtemps ; il résulte alors d'une déchirure de l'entonnoir membraneux à la suite de son engouement, déchirure qui laisse passer les produits septiques dans le tissu cellulaire sous-cutané ou entre les couches musculaires ; mais le cas est rare, et en général le phlegmon est un accident du début de l'anus contre nature.

Il survient alors surtout chez les individus âgés chez lesquels on vient d'établir un anus contre nature en un

(1) Thèse de Géraud, Paris, 1902.

temps. Le lendemain ou le surlendemain on voit un soulèvement de la peau dans la région péri-anale ; il se développe là une tuméfaction douloureuse, parfois très volumineuse, s'étendant plus ou moins haut vers la partie antérieure et supérieure de l'abdomen et vers les flancs. La peau de la région peut conserver son aspect normal, excepté au niveau de la plaie opératoire dont les lèvres et les points de perforation des fils de la suture sont rouges et gonflés ou prendre une teinte rougeâtre érysipélateuse. Mais cet accident grave peut être presque sûrement évité en établissant l'anus en deux temps ; c'est donc cette méthode prophylactique qu'il convient d'employer lorsqu'on n'a pas la main forcée par des accidents par trop pressants.

D. — *Péritonite.* — La péritonite est surtout observée au cours de l'anus contre nature suite d'une hernie étranglée ou sphacélée. Quoiqu'il soit rare d'observer une péritonite après l'établissement d'un anus artificiel régulièrement fait, il nous suffit de savoir que cette terrible complication est possible pour critiquer toutes les méthodes d'ouverture de l'intestin en un temps telles que nous les avons signalées. Et d'ailleurs même après un anus bien fait est-on bien sûr de l'affrontement des deux séreuses ? Les produits septiques de l'intestin ne s'infiltreront-ils pas peu à peu dans une fissure qui échappera à l'œil? Dans ces conditions, même après un anus artificiel régulièrement fait, on n'est jamais sûr que le malade échappera à la péritonite.

La péritonite enkystée est d'observation plus fréquente ; elle existe surtout dans l'anus spontané, mais se voit aussi après l'anus établi chirurgicalement.

En résumé, tous les procédés indiqués en un temps exposent à l'infection.

B. — Procédés en deux temps

Dans ces procédés, on diminue les chances d'infection, mais on augmente celles d'occlusion.

On fait, en effet, la suture des séreuses et des plans aponévrotico-musculaires et on attend que les adhérences solides soient formées. Mais si l'on considère le procédé de Maydl par exemple, on voit qu'il faut attendre quatorze jours pour faire l'ouverture de l'intestin ; pendant ce temps, les phénomènes d'occlusion peuvent se manifester. Maydl pratique, il est vrai, une ouverture légère pour donner issue aux gaz.

Dans le procédé de Gangolphe, on ouvre l'intestin quarante-huit heures après l'opération, ce qui ne nous paraît pas suffisant pour donner aux adhérences le temps de se former, mais les phénomènes d'occlusion sont toujours à craindre, bien que dans les procédés de Maydl, Reclus, Schwartz dans lesquels il faut attendre 11. 6 et 8 jours, ces phénomènes soient au maximum.

On voit donc que l'anus établi chirurgicalement par les précédentes méthodes ne donne pas au sujet qui en est porteur une sécurité absolue, parce qu'il est susceptible de présenter de nombreuses complications que l'opérateur ne doit pas ignorer et doit chercher à éviter par une technique opératoire appropriée. C'est cette technique qui fera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE V

TECHNIQUE DU PROCÉDÉ DE L'ANUS ARTIFICIEL AVEC L'EMPLOI DU TUBE DE PAUL

Historique. — En 1891, M. F.-T. Paul, de Liverpool, décrivait un tube en verre dont il avait l'habitude de se servir dans l'opération de la colostomie inguinale, et en 1892, il a publié une communication plus explicative (1) dans laquelle il a reporté l'utilité de ce tube dans les cas d'obstruction mécanique et dans la résection du côlon. La théorie fut acceptée en Angleterre et on fit usage du tube.

En 1895, une théorie analogue a été décrite et rapportée par le Dr Mixter de Boston. Le tube de Mixter et le tube de Paul se proposent les mêmes choses. Pourtant la propriété et la description appartiennent sans nul doute à M. Paul. A M. Mixter appartient le succès de l'application dans le traitement de l'obstruction paralytique et l'introduction dans cette pratique où il est connu sous le nom de tube de Mixter. Dans le *British med. Journal*, 1892, dans un article intitulé : *Remarques sur l'usage du tube en verre pour drainage de l'intestin*, Paul nous dit :

(1) *British medical Journal*, 1892.

« En juillet 1891, je publiai dans le *British med. Journal* quelques cas de colotomie inguinale dans lesquels l'intestin était ouvert de suite et la contamination de la plaie et du péritoine préservée par une ligature de sécurité faite autour d'un tube en verre introduit dans l'intestin.

« Un tel procédé se trouve critiqué par MM. Harrison, Cripps, Allingham et Mayo Robson.

« M. Allingham, dans une première communication, a exprimé son opinion que l'intestin distendu ne devrait pas être ouvert en même temps que l'opération sans risque de contaminer le péritoine. Je peux lui assurer que son opinion est fausse.

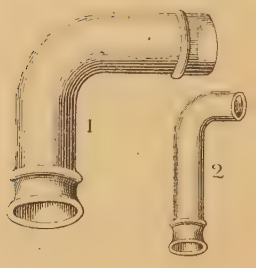
» ... L'opérateur fait une petite incision pour permettre l'entrée du tube ; ce n'est réellement pas difficile et dangereux et j'espère qu'avant que M. Allingham abandonne l'opération inguinale pour retourner à la vieille opération lombaire, dans les cas d'obstruction prolongée, il voudra me permettre, afin de le persuader, de faire un essai avec le tube. »

Description. — Le tube de Paul est un tube en verre, coudé à sa partie moyenne. Les deux branches forment un angle de 90 degrés environ. Les extrémités de ce tube sont différentes :

L'une, celle qui sera en rapport avec l'intestin, présente une rainure dans laquelle s'engagera le fil, qui devra appliquer étroitement l'intestin contre la paroi du verre.

L'autre extrémité est lisse ou munie d'un rebord et est destinée à recevoir un tube de caoutchouc par lequel se fera l'écoulement des matières.

TUBES DE PAUL



1. Pour usage dans le cœcum, côlon et rectum.
   Mesure 5 pouces de longueur pour 1 pouce de diamètre.
2. Pour usage dans l'intestin grêle.
   Mesure 2 pouces 1|2 en long pour un demi-pouce en diamètre.

Suivant que l'on doit introduire le tube dans le gros intestin ou dans l'intestin grêle, on se servira d'un gros ou d'un petit tube.

Le premier mesure 5 pouces de long pour 1 pouce de diamètre.

Le second 2 pouces 1/2 de long pour un demi-pouce de diamètre.

Mise en place. — Rappelons rapidement la technique de l'opération : 1° Incision parallèle à l'arcade crurale droite, à deux travers de doigt de l'épine iliaque ; attraction au dehors de la première anse distendue qui se présente ;

2° Fixation de l'anse dans la plaie au moyen d'une couronne de fils de suture réunissant le péritoine pariétal au péritoine viscéral ;

3° On passe une suture en bourse (purse-string) autour de l'anse ;

4° Ouverture de l'anse en long au thermo-cautère ;

5° On introduit dans l'intestin la branche du tube de Paul, qui porte la rainure ; on amène cette dernière au niveau de la suture en bourse et on serre de façon à appliquer étroitement l'intestin contre la rainure ; on peut être sûr qu'aucune matière ne passera entre le tube et l'intestin.

Le tube doit être introduit et fixé de façon à ce que la direction de la branche libre munie d'un tube en caoutchouc soit la même que le côté où on a fait l'incision, de façon à éviter au malade la gêne d'une trop grande longueur de caoutchouc et aussi pour la commodité de l'installation de l'appareil.

Cette branche doit reposer sur le pansement, qui sera épais à ce niveau, de façon à ce que le poids du caoutchouc n'exerce pas de traction sur le tube et, de ce fait, sur l'intestin.

Le tube en caoutchouc se rend dans un vase placé à côté du lit. L'intestin, serré par la ligature, se sphacèle. On enlève le tube le quatrième ou le cinquième jour. A ce moment, il n'y a plus de chance d'infection, les adhérences étant déjà établies.

Fonctionnement. — Comme on le voit, il est des plus simples. L'évacuation des matières se fait d'une façon plus complète que par un simple anus enfoui sous un pansement qui, trop souvent, est compressif et occlusif. L'anus laisse passer les matières sans leur créer d'obstacle, lorsqu'il est suffisamment large, mais trop souvent il a une tendance fâcheuse à la rétraction.

Avantages. — Le tube de Paul a de nombreux avantages :

1° Il permet de faire l'anus en un seul temps et met, par ce fait, le malade en dehors de tout danger de mort par stercorémie ; il est inutile d'insister sur l'avantage de pouvoir ouvrir immédiatement l'intestin ; d'ailleurs, dans la pratique, on n'a guère le loisir de faire un anus en deux temps, les phénomènes d'occlusion nécessitant le plus souvent l'ouverture immédiate de l'anse.

2° Il isole la plaie et le péritoine du contenu septique de l'intestin. Il est dressé comme une barrière en dehors de laquelle tout est aseptique et en dedans de laquelle tout est septique. La plaie ne baigne plus dans les matières fécales et se trouve à l'abri de l'infection. La plaie deviendra bourgeonnante et des adhérences se formeront ; à ce moment, les matières fécales pourront arriver à leur contact sans aucun danger pour le malade.

3° Il ne nécessite pas les pansements multiples (toutes les demi-heures le premier jour) qu'il fallait renouveler après chaque débâcle, grand avantage pour le malade et pour celui qui est chargé des pansements.

4° La paroi abdominale est conservée relativement aseptique pour une seconde intervention s'il y a lieu.

Inconvénient. — Paul Cavaillon, dans la *Presse Médicale* de septembre 1905, dans un article que nous rapporterons plus loin, trouve beaucoup d'inconvénients au tube de Paul. Jusqu'à présent, nous ne lui en connaissons qu'un : c'est l'engouement du tube par les matières dures et volumineuses ; le tube se bouche. Cette obstruction est surtout due à la coudure de l'appareil ; on comprend, en effet, que si le malade présente de la constipation, les matières dures ne pourront franchir aisément

ce canal à angle droit. On peut alors, par des lavages, faciliter la sortie de ces matières, en même temps qu'un régime approprié combattra la constipation.

Modification apportée à ce tube. — Nous reproduisons l'article de Paul Cavaillon (1) : « Tube A, Drainage intestinal continu. »

C'est à Paul que revient le mérite d'avoir introduit dans la thérapeutique de l'occlusion intestinale la notion de drainage continu par le siphon.

Cet auteur se contentait d'introduire dans l'intestin un tube en verre maintenu par une ligature.

Le principe de drainer d'une façon continue une cavité intestinale où sont retenus en grande quantité et sous pression des matières liquides et des gaz est excellent.

L'aspiration lente, continue, sans à-coup que réalise le siphon, est infiniment supérieure à l'aspiration brutale, discontinue, inégale des appareils à aspiration directe ou indirecte. Le plus souvent, l'aspiration trop violente s'exerce sur la muqueuse ; en tous cas, les effets de celle-ci ne se font sentir que sur les quelques centimètres d'intestin voisins de la néo-bouche. L'aspiration continue par le siphon utilise en le sollicitant le mécanisme normal d'évacuation de l'intestin, les contractions physiologiques. Cette aspiration par le siphon n'est jamais assez violente pour attirer la muqueuse ou accoler l'une à l'autre les parois.

Avec l'anus simple, l'évacuation s'effectue sur l'abdomen du malade qui, constamment, est inondé de matières ; il en résulte un état permanent de malpropreté.

---

(1) Paul Cavaillon. — *Presse Médicale*, septembre 1905.

La paroi est infectée et une opération secondaire qui voudra être curatrice empruntera à cette condition une gravité plus considérable. Ce fait nous a paru évident au cours des occlusions par cancer colique qui sollicitent toujours une résection secondaire.

Il y a, pour le chirurgien, un gros intérêt à conserver relativement aseptique la paroi abdominale.

Donc, le drainage par le siphon assure un écoulement régulier et dans des conditions de propreté plus grandes que l'anus simple.

La mise d'un tube dans la lumière d'un anus artificiel présente encore plusieurs avantages.

Les lèvres de la néo-bouche sont, par ce fait, maintenues écartées et ainsi se trouve combattue la tendance nouvelle à la rétraction.

Placé de suite après la création d'un anus en un temps, ce tube fixe l'intestin dans sa position ; enfin, il fait de la compression excentrique sur la tranche de section et devient ainsi hémostatique.

Le procédé utilisé par Paul, qui comprend une ligature, présente des inconvénients : pose plus longue de l'appareil, impossibilité de le changer et de le nettoyer facilement : danger de sphacèle de l'intestin et de hernie de la muqueuse.

Pour parer à ces inconvénients, nous avons, sur le conseil de notre maître, M. le professeur Jaboulay, fait construire un tube à drainage intestinal dont la pose est facile, le maintien sans ligature possible.

Cet appareil très simple se compose de deux tubes à calibre inégal, dont l'un reçoit l'autre à frottement dur ; ils sont en caoutchouc moulé, aux parois suffisamment résistantes, pour ne pas se plier ou se couder. Chacun de ces tubes est muni à l'une de ses extrémités d'un pavil-

lon assez large, qui fait corps avec lui. Le pavillon du tube intérieur se place dans la lumière intestinale et empêche l'issue du tube en dehors de celle-ci. Le pavillon du manchon externe s'applique sur la paroi abdominale évitant ainsi la pénétration trop profonde dans la cavité intestinale. Au début, nous nous contentions du tube intérieur, mais nous avons observé deux fois une obstruction dans l'anus latéral ; le tube pénétrant trop venait obstruer la lumière intestinale Depuis que nous utilisons le manchon externe, nous n'avons plus revu ces accidents ; le tube est en effet immobilisé. La paroi abdominale et la paroi intestinale sont saisies entre les deux pavillons ; le tube ne peut ni sortir ni rentrer.

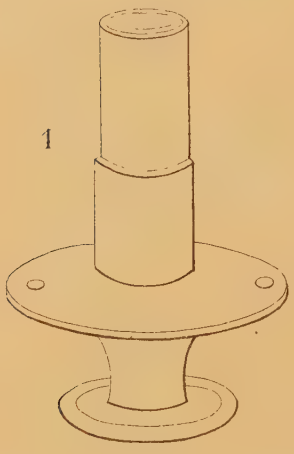
Pour placer l'appareil, il suffit d'écraser entre les mors d'une pince longuette le pavillon du tube intérieur ; on l'introduit ainsi dans l'intestin ; la pince est relâchée ; les bords du pavillon reviennent par leur élasticité à leur forme et le tube tient comme une sonde de Pezzer dans une vessie. On adapte ensuite la pièce externe. Sur le pavillon sont ménagés deux trous pour placer un lien circulaire autour du ventre ; on règle la pièce externe selon l'épaisseur de la paroi abdominale ; il suffit d'adapter un tube en caoutchouc qui plonge dans un siphon et le drainage est installé.

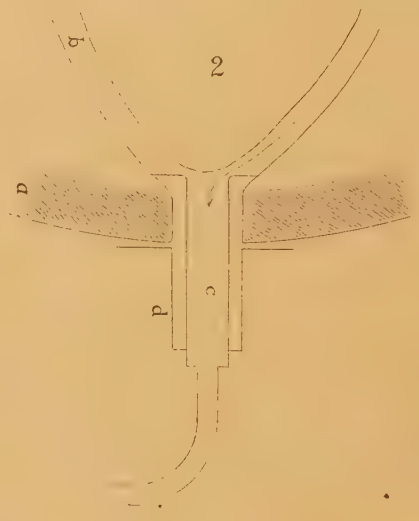
Ce procédé très simple a donné à la clinique du professeur Jaboulay des résultats excellents chez des occlus ; on pouvait retirer 4 à 5 litres de matières liquides par jour sans que la paroi abdominale du malade fût souillée.

Vers le 3e ou 4e jour, quand les matières deviennent solides, on peut ou bien enlever le tube, ou bien faire des lavages par celui-ci et nettoyer ainsi l'intestin.

Pour que l'adaptation soit parfaite, il faut choisir un tube de calibre un peu supérieur à l'orifice de l'anus, de

façon à obtenir un accolement exact des parois de l'appareil aux parois de l'anus artificiel.





1. Tube de Cavaillon
2. Tube mis en place
   a, paroi abdominale
   b, intestin
   c, tube à drainage
   d, pièce externe

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Observation Première

Extraite et traduite du *British Méd. Journal*, 1891, p. 118. A method of performing inguinal colotomy with cases. F. T. Paul.

En février 1890, le docteur T. Eyton Jones, de Wrexham, m'a envoyé un cas de cancer très étendu du rectum survenu chez un homme âgé de 46 ans. La maladie a commencé en mai 1889 avec diarrhée de temps à autre jusqu'au jour de l'opération.

Au mois de juin, il observa du sang et des matières grasses dans les selles ; quelquefois elles consistaient seulement en matières graisseuses. Douleurs abdominales s'irradiant dans le dos.

La perte continuelle de sang le rendit très faible et anémique. A son admission à l'hôpital, il avait bonne apparence mais avait le teint pâle. Le rectum était douloureux et irritable. Il avait beaucoup de décharges de mucus et des pertes de sang tous les jours.

En faisant le toucher rectal, l'anus était normal mais un pouce et demi au-dessus, une masse cancéreuse était reconnue entourant l'intestin et l'obstruant ; en arrière du cancer, on trouvait une cavité lisse mais dure corres-

pondant à la base de ce cancer. On pouvait encore atteindre plus loin avec le doigt mais on ne trouvait pas de limite à cette base.

Etant sûr que le plus grand développement de la tumeur ne pouvait pas être déterminé avant l'opération, je pensai qu'il était préférable de couper toute communication avec l'intestin au-dessus avant d'exciser le rectum.

En conséquence, le 3 mars, le malade était préparé pour l'opération.

Une incision fut faite dans la région inguinale gauche à travers laquelle l'anse sigmoïde fut attirée. Avec les précautions d'usage, l'intestin fut incisé au milieu ; le bout distal enfoui comme dans l'opération de Senn et retourné dans la cavité abdominale. Dans le bout supérieur un tube de verre de 1 pouce de diamètre fut attaché ; l'extrémité libre attachée à un tube de caoutchouc pour conduire la décharge fécale hors de la plaie. Le bout de l'intestin était cousu aux bords de la plaie par un fil de catgut vert passant entre la tunique séro-musculeuse et le restant de la plaie.

Pansement avec du coton salicylé.

Le malade se trouvait remarquablement bien. Tous les jours plus ou moins de matières passaient par le tube pendant que la plaie restait aseptique.

Au bout de 3 jours le tube fut enlevé, une bonne union ayant fait place en très peu de temps ; il en est résulté un anus artificiel très satisfaisant.

Le tube en caoutchouc dans ce cas particulier fut trouvé mal commode et lourd.

Le malade se trouva bien du détournement des matières fécales et se trouvait dans de meilleures conditions. Trois semaines après il subit la deuxième opération d'excision entière du rectum,

Cela fut fait le 24 mars d'après le procédé recommandé par Dr William Alexander (1). Il était pour sûr nécessaire d'ouvrir la cavité péritonéale ; aucun accident n'a résulté de cette intervention et dans 6 semaines il retourna à Wrexham. Il vécut environ 12 mois après la première opération, l'anus artificiel continuant à bien fonctionner, n'ayant aucune tendance à la procidence.

Observation II

(Extraite du *British Medical Journal*, 1891, p. 118, par F-T. Paul.)

En février 1891, mes collègues, Dr Davidson et M. Bickersteth me confièrent un homme âgé de 57 ans qui souffrait d'un cancer à la jonction du rectum et de l'anse sigmoïde. Les symptômes commencèrent 6 mois avant son entrée. Douleurs abdominales, sang et mucus dans les selles.

Bientôt après, une tumeur fut découverte dans la fosse iliaque gauche d'un caractère variable et qui disparaissait presque complètement à l'examen.

Le diagnostic de cancer dans la région de l'anse sigmoïde fut porté ; il fut décidé d'ouvrir l'abdomen dans la région inguinale gauche et d'explorer la tumeur.

Le 20 février le malade était chloroformisé, l'incision faite et les parties explorées avec le doigt ; il était immédiatement reconnu que l'excision était hors de question à cause de l'extension de la tumeur. En conséquence, la partie libre en haut de l'anus fut attirée hors de la plaie et traitée comme il a été indiqué dans le cas précédent.

---

(1) *Liverpool Médico-Chirurgical Journal*, July, 1887, page 1.

Cette fois-ci des gaz seulement passaient par le tube ; le malade a souffert moins de l'obstruction ; les intestins furent vidés par diarrhée avant l'opération.

Le 10 mars le malade pouvait se lever et une semaine après il sortait de l'hôpital.

Observation III

(Extr. *British med. Journal*, 1891, p. 118; par F.-T. Paul)

Le 14 avril, M. Bickersteth confia à mes soins un autre cas de cancer excessivement étendu et dépassant complètement les limites de l'incision, tellement que la vessie était déjà affectée.

Il avait très peu d'obstruction, mais l'état de la vessie demandait une complète dérivation des matières fécales.

Le 20 avril, avec l'assistance de M. Bickersteth, je fis la colotomie inguinale comme dans le premier cas ; l'anse était dans ce cas très distendue ; je trouvai qu'il était nécessaire d'inciser sur une longueur de huit pouces.

Dans ce cas, la guérison a été très lente ; la plaie suppura. Dans ce cas, le tube de verre a été gardé in situ pendant sept jours.

Rien que des gaz ont passé par le tube ; il y avait très peu de matières dans le côlon.

Dès cette époque la guérison a progressé lentement et le malade sortit le 20 mai rétabli.

Observation IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue et de M. Massabuau)

Femme âgée de 46 ans. Début il y a huit mois. Début par de la diarrhée pendant trois semaines ; envies fréquentes d'aller à la selle avec quelques hémorragies.

Après cette phase de diarrhée, constipation opiniâtre pendant un mois 1/2. Ensuite nouvelle période de diarrhée jusqu'à l'heure actuelle.

Actuellement, anorexie, pas de troubles digestifs ; envies fréquentes d'aller à la selle, surtout la nuit ; selles peu abondantes et douloureuses. Hémorragies assez fréquentes. A plusieurs reprises, hémorragies assez abondantes : une ou deux fois abondantes (plus d'un grand verre de sang noir). Quand elle fait des matières moulées, elles ne sont pas aplaties mais se présentent sous forme de petits fragments, boules de cyprès, etc.

Parfois véritables crises d'obstruction intestinale.

Amaigrissement d'au moins la moitié.

On fait un anus iliaque et on emploie le tube de Paul.

La malade guérit sans complication. Le tube est enlevé le quatrième jour. La malade présente des selles spontanées.

Observation V

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue et de M. Massabuau)

Femme âgée de 55 ans. Début de la maladie en février 1909.

Elle éprouvait d'abord quelques douleurs au moment d'aller à la selle. Envies fréquentes. La malade évacuait une petite quantité de matières dures ou de petites boules.

Dès le début la malade remarque quelques petites hémorragies dans ses matières ; ces hémorragies ont augmenté dans les derniers temps, se produisant surtout le matin, toujours très petites.

Constipation très opiniâtre. De temps en temps la malade passe plusieurs jours sans aller à la selle. Actuellement (30 octobre 1909), il y a huit jours que la malade n'est pas allée du corps ; elle souffre même en dehors des moments où elle doit aller du corps ; douleur anale qui s'irradie dans la région lombaire.

Digère assez bien. Jamais de vomissements ni de nausées. Pas de ballonnement du ventre.

Amaigrissement considérable depuis quelque temps.

Au toucher, on trouve à 4 centimètres de l'anus, un rétrécissement que le doigt ne peut franchir, irrégulier, bourgeonnant.

Par le vagin on peut trouver le bord supérieur de ce rétrécissement.

Le 5 novembre 1909 : anus iliaque, tube de Paul, suites apyrétiques.

Observation VI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Forgue et de M. Massabuau)

Femme âgée de 58 ans, entrée le 27 novembre 1909.

Début il y a 4 ans par des hémorragies ; jamais de grosses hémorragies. Alternatives de diarrhée et de constipation opiniâtres (elle reste parfois 10 à 15 jours sans aller du corps).

Elle souffre environ depuis 1 an 1/2, sous forme de coliques, surtout dans les périodes de constipation avec sensation pénible d'évacuation incomplète et de tampon intestinal.

Amaigrissement considérable en quelque temps.

A 4 à 5 cent. de l'anus rétrécissement cancéreux. La paroi antérieure du vagin paraît envahie.

Le 1er décembre, Anus iliaque. Tube de Paul.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

A. Pour être parfait, un anus iliaque doit remplir les conditions suivantes :

1° L'ouverture de l'intestin doit pouvoir être faite immédiatement.

2° L'ouverture de l'intestin doit être faite de telle façon qu'elle permette l'issue et l'issue complète des matières contenues dans l'intestin.

3° Les matières ne doivent pas souiller la plaie opératoire.

B. Parmi les procédés jusqu'ici employés, seuls, les procédés en un temps peuvent réaliser les deux premières indications, mais non la troisième.

C. Le tube de Paul, qui conduit immédiatement les matières hors de la plaie et hors du pansement permet d'éviter absolument les dangers des autres procédés, c'est-à-dire l'infection consécutive du péritoine et des parties molles.

D. Son emploi est donc une garantie de sécurité dans l'établissement de l'anus iliaque.

BIBLIOGRAPHIE

CAVAILLON (P.). – Tube à drainage intestinal continu. — Presse Médicale, 1905, p. 605.

GÉRAUD. — Thèse Paris 1902. (Des complications de l'anus contre nature).

HARTMANN. — Technique de l'anus iliaque. Revue de chirurgie, 1900, XXII (615-620).

MOULIN. — Thèse Lyon 1902. (Sur un procédé d'anus contre nature établi au moyen de la pince entérotribe du Docteur Siraud.)

PAUL (F-T.). — A method of performing inguinal colotomy British médical Journal 1891, II, 118.

Ibid 1892, II, 174.

— A note on colotomy and colectomy.

— Liverpool med. Journal 1903, XXIII, 303-316.

ROBERT B. – Boston Medical and Surgical Journal. (Enterostomy in peritonitis).

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 2 décembre 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 2 décembre 1909.
Le Doyen
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !